

Luxación anterior recidivante de hombro*

A. Garaizábal-Bastos

Publicado en *Acta Ortopédica Traumatológica Ibérica*, vol. IV, fasc. 1.º, págs. 181-192, 1956.

No es nuestra intención exponer una lección completa sobre la luxación recidivante de hombro, pues esto se puede leer en todos los libros y además mucho mejor descrito de lo que nosotros pudiéramos hacer. Aspiramos solamente a decir aquello que nosotros mismos hemos visto, un poco sobre aquello que hicimos antes y algo más sobre lo que ahora hacemos, diciendo de paso aquellos puntos del problema en los que uno se siente con cierta seguridad y confesando aquello otro en que dudamos o que desconocemos.

Es sabido que la luxación recidivante de hombro se presenta con especial frecuencia en el medio deportivo y en el militar, y esto lo hemos podido comprobar en nuestra propia experiencia, que se nutre en gran parte en ambos ambientes. Casi siempre se trata de adultos jóvenes, de dieciocho a treinta y cinco años. Es mucho mayor la proporción de varones por ser en ellos también mucho más frecuente la exposición a fuertes traumatismos o a caídas violentas capaces de provocarles la luxación inicial. En cambio, aunque en cifras totales suponga una proporción muy pequeña, creemos que las mujeres tienen probablemente una mayor propensión seguramente debida a la mayor laxitud articular que suelen tener. Prueba de ello es la gran proporción que hay entre el reducido número de muchachas que en nuestro país practican la equitación y el esquí. No hemos visto ninguno que fuese epiléptico, aunque es lógico y sabido que están muy expuestos a esta lesión.

Entre nuestros casos hay dos hermanos, uno de ellos, además, con luxación bilateral, y otro de padre e hijo, aparte de otros con coincidencias familiares menos seguras y concretas. Existe en la literatura de esta afección numerosas citas de casos familiares, y esto no está muy de acuerdo con la actual forma de enfocar el problema desde un punto de vista puramente traumático.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Casi siempre nos ha sido difícil poner en claro cómo se produjo la luxación inicial. Frecuentemente se trata de un traumatismo complejo con sucesivos momentos distintos y

todo ello muy rápido. Y, por otra parte, muchas veces la caída ha sido hacia atrás y es natural que entendamos perfectamente aquello que por ocurrir por delante de nuestros ojos hemos visto, pero no lo que ocurre por detrás y fuera de nuestra mirada.

Es excepcional que esta luxación inicial, a partir de la cual se establece el síndrome, no se haya producido en una caída o con un traumatismo francamente importante. La caída de espaldas con el codo hacia atrás y el brazo en abducción y rotación externa es típica y frequentísima en los porteros de fútbol y en los jugadores de rugby. En ella concurren las circunstancias ideales para que se produzca la luxación. Al apoyar el codo en el suelo con el peso del cuerpo es impulsado el húmero hacia delante contra el reborde anterior de la glenoides y llevándose por delante el rodete glenoideo se produce la luxación.

También puede producirse, por un parecido mecanismo, en caídas sobre el brazo en abducción. Como la escápula no está en el mismo eje que el húmero, sino que forma con él un ángulo obtuso abierto hacia delante, un impulso en la dirección del eje de éste tiende a resbalar tangencialmente sobre el borde anterior de la glenoides. Este mecanismo de producción es el que más directamente justifica la lesión del segmento posteroexterno de la cabeza del húmero. Otras veces es un golpe hacia delante dado detrás del hombro o también movimientos formados de la rotación externa o de la extensión dorsal con el brazo en abducción.

Al principio, como decimos, la luxación requiere traumatismos violentos, pero cada vez se produce con motivos traumáticos más sencillos y hasta con simples movimientos de abducción del brazo. Asimismo el dolor, que las primeras veces era muy grande, va disminuyendo en las sucesivas. También las dificultades de la reducción son cada vez menos aparatosas, pues la cabeza del húmero encuentra cada vez más libre el camino de la salida y también el de la entrada, y esto explica el que el veterano, con numerosas luxaciones en su historia, nos cuente cómo él solo y haciendo determinados movimientos es capaz de reducirse la luxación. A lo que no se acostumbra es a la absoluta impotencia funcional en que se queda y, en cambio, aumenta la creciente desconfianza en el hombro y el complejo de inferioridad física que le hace desear vehementemente terminar con ese estado arrostrando la intervención quirúrgica que se le proponga.

*Comunicación a las IV Jornadas Nacionales de la S.E.C.O.T. Asturias, julio de 1955.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

No es posible negar a Bankart¹ el mérito de haber aclarado extraordinariamente el concepto anatomo-patológico y la eficacia operatoria de la luxación recidivante de hombro. Ya sabemos que la lesión del fibrocártílago articular se conocía de muy antiguo, pero Bankart¹, briosa mente y a rajatabla, la puso de actualidad, describiendo además la forma directa de solucionarla. Probablemente, el exceso de seguridad con que ha emitido sus opiniones ha motivado que en muchos sitios, y sobre todo en su propio país, se hayan levantado muchos contradictores. También influye en esto y no sin razón, el que su intervención no es tan sencilla como él la describe, y, por ello, hay mucha gente que prefiere volver la vista hacia otros conceptos con soluciones más fáciles de realizar. Pero, mientras tanto, todos nos hemos ido acostumbrando a abrir la articulación, reconocer las lesiones que presenta y discutir sobre cosas que se han visto con los propios ojos.

El despegamiento de la base del fibrocártílago en la mitad anterior del reborde glenoideo es la lesión más frecuente. A veces está despegado y forma con la cápsula y el periostio y tejidos blandos de la cara anterior del cuello un bolsillo de deslizamiento absolutamente irreconocible si no se abre la articulación paralelamente al reborde glenoideo y se tira hacia adelante de la inserción capsular. ¡Entonces sí que se ve bien! Con frecuencia el fibrocártílago está roto y otras veces ha desaparecido en esa zona. También suelen verse pequeños cuerpos libres cartilaginosos similares a los que flotan en el líquido sinovial que surge al abrir la rodilla en ciertas lesiones meniscales.

En nuestra casuística personal no nos sirven los operados con técnica de Nicola² y con topes óseos, pues en ellos queda oculta y, de los 21 en que buscamos cuidadosamente la lesión del fibrocártílago la encontramos con toda seguridad en 18, en un caso nos quedamos con la duda y en otros dos obtuvimos la seguridad de que no existía. Ambas eran

mujeres y presentaban, especialmente una de ellas, una gran laxitud articular con una cápsula muy relajada (figs. 1 y 2). Las radiografías que sistemáticamente les hacemos, previas a la intervención, para buscar la lesión de la cabeza humeral con el hombro en rotación interna creo que son muy demostrativas, pues la de la figura 2, que aparece una luxación es la imagen en rotación interna del caso de la figura 1. Ambos casos, insisto, padecían luxación recidivante de hombro de recho típicas y con múltiples salidas y, sin embargo, no presentaban lesión del fibrocártílago.

La depresión de la cabeza del húmero se produce por los sucesivos choques del segmento posterior contra el borde anterior de la glenoides y ha sido demostrada por numerosos autores en piezas necróticas y en cabezas resecadas. Nosotros la buscamos sistemáticamente en radiografías anteroposteriores obtenidas en rotación interna y la hemos encontrado aproximadamente en la mitad de los casos, pero tenemos la impresión de que aún es más frecuente. A veces, aun existiendo, puede pasar desapercibida en las radiografías y hasta en la intervención. Es natural que el reborde anterior glenoideo presente también las señales de la contusión, y en un caso nuestro aparecía completamente desgastado (fig. 3).

Laxitud de la cápsula

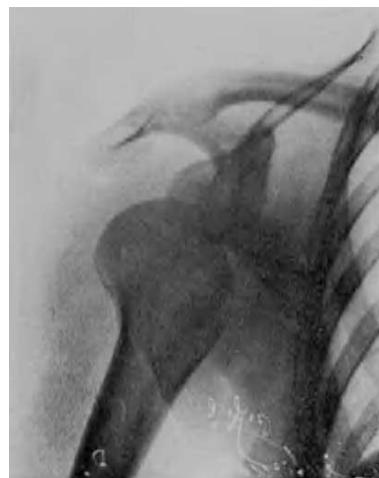
En algunos casos, como el de las figuras 1 y 2, la luxación era debida fundamentalmente a una excesiva laxitud de la articulación, en la cual, como se ve, la cabeza humeral se mueve excesivamente y casi con independencia de su apoyo en la glenoides.

TRATAMIENTO

Es sabido que no tiene más tratamiento que el quirúrgico y que son innumerables las técnicas existentes. No vamos a hablar más que de las que nosotros hemos hecho.



Figuras 1 y 2. Antes de la operación. Rotación interna y externa anormalmente amplias. A la rotación interna de su hombro derecho corresponde la radiografía de la figura 2. La laxitud articular es tan grande que simula una luxación.



En un principio empleamos la técnica de Nicola² modificada, que nos parecía una intervención lógica, elegante y muy sencilla. La técnica original de Nicola² consiste en crear con el tendón del bíceps un ligamento intraarticular semejante al ligamento redondo de la cadera, y para ello tiene que cortar el tendón en el surco bicipital, entonces pasar el tendón proximal a través de un túnel que se practica en el hueso y que sale a través de la cabeza humeral, en lo cual a veces hay dificultades, y luego suturar nuevamente los dos cabos del tendón. Nosotros la realizábamos de un modo aún más sencillo y sobre todo más anatómico. Una vez abierta la corredera bicipital tallábamos en sus propios bordes y su misma forma ligeramente curva, con un escoplo estrecho y fino, una pieza ósea que después levantábamos. Regularizábamos el fondo del canal con una pequeña cucharilla cortante y dejábamos que el tendón por su propia tensión y naturalmente sin haberlo cortado ocupase su fondo. Entonces colocábamos encima, encerrándolo, la tapita ósea que habíamos levantado, suturando por encima peristio y cápsula.

De los once casos en que hicimos tenodesis tipo Nicola², dos lo fueron con la técnica del autor, y los nueve últimos con la modificación descrita. Todos se recuperaron muy rápidamente y sin dolor. De siete de ellos, militares, no hemos vuelto a tener noticias después de su licenciamiento. De los cuatro restantes uno presentó nuevas recidivas al cabo de tres años largos de jugar de portero de fútbol amateur. Los otros tres están bien, y uno de ellos es suboficial paracaidista en activo, y hace ya doce años de su intervención.

Con la artrorriasis anterior tipo Ouard³ operamos dos casos solamente y hace diez años. Uno de ellos aún juega al fútbol de portero profesional, y con ello quiero decir que el resultado es inmejorable. El segundo tiene una limitación

dolorosa a los movimientos extremos de abducción, rotación externa y aún más rotación interna. Aunque no ha vuelto a tener ninguna luxación y la molestia es pequeña y no existe en la vida sedentaria, no lo considero como un buen resultado. Es el operado de mayor edad de la serie, treinta y cinco años cuando se operó.

Actualmente y desde hace bastantes años empleamos para tratar todas las luxaciones anteriores recidivantes la intervención que vamos a describir a continuación, sin más variaciones que aquellas mínimas que nos imponga la dificultad o las particularidades del caso. En ellas se encuentran los elementos fundamentales de las intervenciones de Bankart¹, Putti-Platt⁴ y de Ouard³, sin que ello acumule dificultad a la primera de ellas, sino al contrario.

Técnica operatoria

Consideramos fundamental que el hombro esté bien puesto para la operación. Lo bueno es que la escápula bascule y que se acerque hacia delante la glenoides mientras la cabeza del húmero cuelga un poco hacia atrás. El cómo lograrlo depende de la complejión de cada uno, y es difícil generalizar cómo debe ser. Para ello, anteriormente a la operación hacemos pruebas con el sujeto en decúbito supino y con el brazo a lo largo del cuerpo y lo vamos «calzando» con saquitos de arena por la espalda hasta que encontramos la postura ideal, que luego reproduciremos para la intervención.

Realizar una incisión siguiendo el surco delto-pectoral que en los sujetos extraordinariamente musculados se continúa con una cola superior paralela a la clavícula. Se penetra profundamente entre ambas masas musculares y la vena céfala se pone bajo el separador, generalmente el interno. Sección del tercio anterior del deltoides a dos centímetros de su inserción superior. Se reconoce y aísla bien la apófisis coracoides y con escoplo se secciona oblicuamente con sus inserciones musculares, luego se seccionan los ligamentos coraco-acromiales y coraco-claviculares y se lleva todo ello hacia abajo para que no nos estorbe. Liberamos bien todo el amplio campo, cuya hemostasia hacemos con bisturí eléctrico y colocamos un separador autoestático.

Entonces se rota en ambos sentidos el brazo para hacerse bien cargo de donde está el reborde glenoideo y de los límites superior e inferior del subescapular.

Seccionamos el subescapular de arriba a abajo sin cortar las tres venitas horizontales que van por su borde inferior. Previamente hemos pasado un punto fuerte de catgut para anclarlo y evitar que al retraerse desaparezca. Unas veces en el mismo sitio están pegados el tendón del subescapular y la cápsula, pero generalmente, si la incisión se hace a 1,5 cm del reborde glenoideo, están perfectamente separados. Dejamos que se retraja hacia dentro el subescapular y seccionamos la cápsula articular en el sitio indicado. Se tira del labio interno de la incisión capsular mientras un ayudan-



Figura 3. Muesca de la cabeza humeral, desgaste del reborde glenoideo y arrancamiento de la tuberosidad mayor.

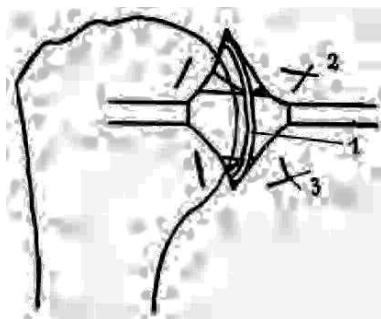


Figura 4. Esquema de los dos puntos de fijación ósea. Pasan por el labio externo de la cápsula, luego a través de los dos orificios que perforan el reborde glenoideo y de aquí cada cabo atraviesa el periostio y partes blandas que se han despegado delante del cuello. Al apretarlos, se adosa fuertemente la cápsula plegada contra el reborde óseo avivado y encima se cubre con el periostio y tejidos fibrosos del cuello: 1) reborde glenoideo de los dos orificios a través de los cuales pasa el punto superior 2) e inferior 3).

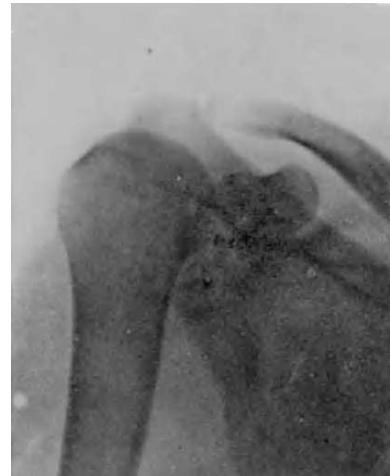


Figura 5. Los puntos de fijación ósea fueron de hilo flexible de acero. Dada la finura del material que solemos emplear, es difícil el llegarlos a percibir en radiografías anteroposteriores.

te apalanca el brazo para llevar la cabeza del húmero hacia atrás y afuera y reconocemos cuidadosamente la lesión que presenta. En la misma postura rotamos el brazo en ambos sentidos para explorar la cabeza.

Con un periostotomo afilado avivamos bien el borde anterior de la glenoides y luego su continuación por la cara anterior del cuello mientras nos hacemos bien idea de la forma del reborde óseo anterior, pues es distinto que éste sea saliente y fuerte a que, por el contrario, sea achatado y escleroso.

Una vez el reborde preparado, hacemos en él solamente dos agujeros: uno arriba y otro abajo. El hacer cuatro agujeros en línea en el margen del hueso, además de ser más difícil expone muchísimo a producir una fractura marginal, con lo cual el problema se agrava, y es seguro que esto ha tenido que ocurrir a muchos cirujanos que realicen la técnica normal de Bankart¹. Entonces damos dos puntos bastante amplios en la cápsula, uno en la parte superior y otro en la inferior, pasamos los dos cabos del primero por el orificio superior y los otros dos por el inferior, y al atirantarlos vemos cómo se adosa el labio externo de la cápsula al reborde glenoideo, pero además, como se encoge, queda mucho más gruesa y fuerte y además disminuye en amplitud, realizándose una capsulorrafia perfecta (fig. 4). Entonces, ambos cabos de cada punto los pasamos a través del periostio y partes blandas que tenemos desplegadas delante del cuello glenoideo y las anudamos fuertemente. Cada punto describe un 8. Para hacer los orificios creemos que lo más adecuado es el perforador dental, pues es lo que somete a menores esfuerzos laterales el margen glenoideo. Sin embargo, siempre tenemos también dispuestas las pinzas perforadoras, pues en ocasiones muerden con mayor facilidad el hueso y tienen la ventaja de que pasan el hilo. Además usamos un

pasahilos de alambre blando cuyo ángulo podemos variar al utilizarlo. Como material de sutura utilizamos generalmente el nailon fuerte o el hilo de acero (fig. 5). Todas estas maniobras, siempre difíciles, lo son mucho más si no hemos «calzado» convenientemente la espalda del operado, pues entonces la cabeza del húmero se pone saliente y, en cambio, queda en el fondo el reborde glenoideo, que es sobre el que tenemos que trabajar. El labio interno de la cápsula lo cruzamos sobre la sutura y, a su vez, lo suturamos sobre la cápsula que recubre la cabeza humeral con cuatro puntos de catgut.

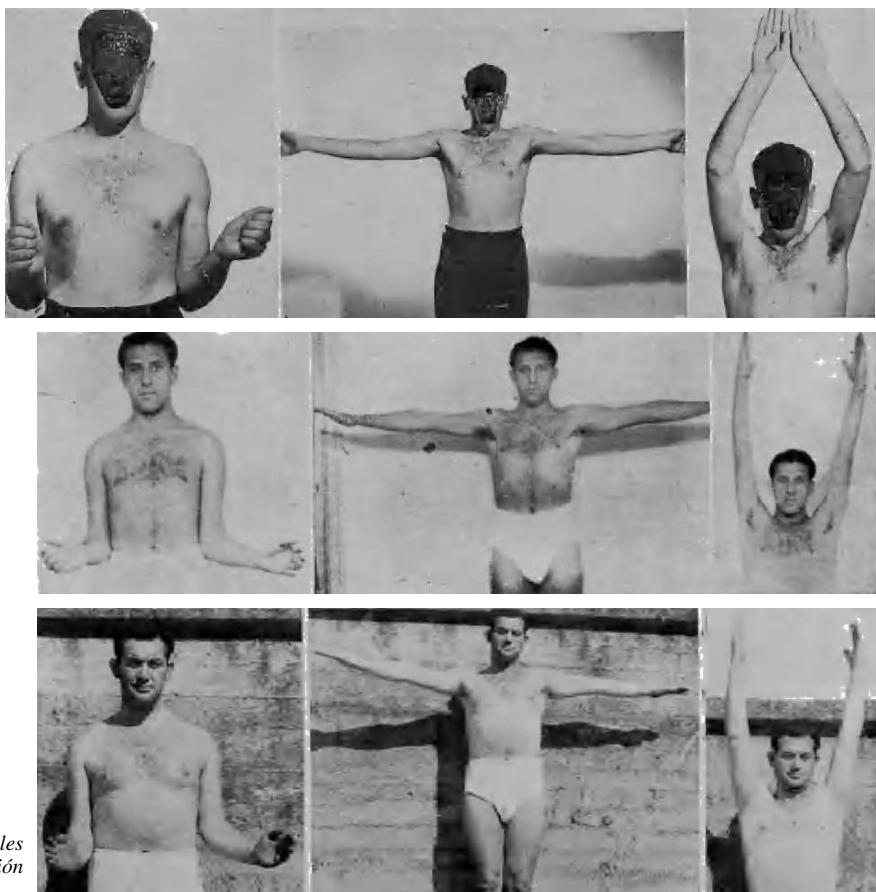
Se tira entonces del hilo de anclaje del subescapular que estaba retraído, ponemos el brazo en rotación interna y con el músculo bien desplegado lo suturamos más allá de su propio tendón, sobre los dos planos anteriores y generalmente a la altura de la corredera bicipital que previamente cruentamos con el filo del bisturí. Con esta maniobra hemos realizado la operación de Putti-Platt⁴, sin que suponga perder un segundo ni añadir la menor dificultad.

Retiramos el separador autoestático y suturamos con unos puntos la apófisis coracoides, pero en lugar de hacerlo en su sitio exacto la deslizamos hacia fuera y abajo. Con ello hacemos de paso la operación de Ouard³. Se sutura con catgut el deltoides. Damos unos puntos de aproximación entre éste y el pectoral mayor para cerrar el surco delto-peitoral y cerramos piel.

Además de la seguridad que proporciona la fijación de la cápsula al reborde glenoideo al estilo de Bankart¹, pero la mitad más sencilla se realiza con una plicatura de la cápsula precisamente en su punto clave y donde suele estar desfonfada, robusteciéndola al estar plegada. Se pone un tope óseo antero interno con la coracoides y se limita algo la rotación externa, lo cual no es un inconveniente, pues es com-



Figura 6. Un oficial del Ejército operado con la técnica descrita. Resultado obtenido.



Figuras 7, 8 y 9. Tres deportistas profesionales operados con la técnica descrita. Comprobación de la movilidad del hombro.

patible con las más esforzadas aptitudes atléticas del hombro y, en cambio, da una mayor seguridad.

De los veintiún casos operados con esta técnica cuatro son paracaidistas, cuatro porteros de fútbol, otros cuatro (dos hombres y dos mujeres) hacían y hacen equitación, dos eran jugadores de rugby, otros dos (de ellos una mujer) esquiadores, y los cinco restantes no tienen práctica atlética determinada. Todos ellos pudieron reanudar sus actividades primitivas con seguridad perfecta a pesar de su violencia. Ninguno ha sentido la ligera disminución en la rotación externa. De los veintiuno solamente uno ha vuelto a tener una luxación de hombro. Se trataba de un portero de fútbol profesional de 90 kilogramos de peso y con un estilo de juego

de mucha violencia. Al mes de quitarle el apósito operatorio nadaba el *crawl* de frente y espalda, y poco después comenzó sus entrenamientos.

Defendió la puerta de su equipo ininterrumpidamente durante una temporada y media, entrenándose todos los días y recibiendo toda clase de traumatismos. Al realizar una estirada con el balón sujeto en las manos cayó al suelo con violencia y sobre él otros dos jugadores, produciéndose una luxación que, según la referencia de un colega y lo que me dijo el propio interesado, pudo ser una luxación posterior. Fuera lo que fuera no hay medio humano que pueda garantizar nuestras débiles estructuras si se las somete a traumatismos de tal violencia. Por ello, aun en este único caso

creo que la intervención cumplió. En los otros veinte casos no hemos tenido ninguna recidiva. Creemos, por último, que los dos puntos de fijación ósea que describimos son más sencillos, sólidos y eficaces que los cuatro de Bankart¹, y que los demás detalles de la intervención contribuyen a lograr una fortaleza en el resultado que en ningún caso ha constituido un inconveniente para la movilidad del hombro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bankart ASB. The Pathology and Treatement of Recurrent Dislocation of the Shoulder-Joint. Brit Journ Surg. 1938;26:29.
2. Nicola T. Recurrent Anterior Dislocation of the Shoulder. A new Operation. Jorn Bon Joint Surg. 1929;11:128.
3. Ouard LRH. Presse Med; 1928. p. 2001-2.
4. Putty-Platt. Cit. Osmond Clarke H. Habitual Dislocation of the Shoulder. Journ Bone Joint Surg. 1948;30B:19.